UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951 — N° 34

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES PYODERMITES VÉGÉTANTES DE HALLOPEAU ET LES BLASTOMYCOSES CUTANÉES DE GILCHRIST

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 5 Février 1951

PAR

Jean-Paul PASSICOUSSET

Né à Castets (Landes), le 16 Février 1924

Examinateurs de la Thèse :

MM. JOULIA, professeur ..... *Président*

CREYX, professeur .....

LE COULANT, agrégé ..... } *Juges*

L'ÉPÉE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

—

1951

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538106_0099

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951 – N° 34

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE LES

PYODERMITES VÉGÉTANTES DE HALLOPEAU

ET LES

BLASTOMYCOSES CUTANÉES DE GILCHRIST

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 5 Février 1951

PAR

Jean-Paul PASSICOUSSET

Né à Castets (Landes), le 16 Février 1924

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur ..... *Président*

CREYX, professeur .....

LE COULANT, agrégé ..... *Juges*

L'ÉPÉE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

—

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. DUPÉRIÉ.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ, CREYX
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	BROUSTET

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie),

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	SARIC, DUBARRY, F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LÉVY
Chirurgie générale	POUYANNE, LAUMONIER, CHAVANNAZ
Chimie biologique	N...
Obstétrique	MAHON, CHASTRUSSE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR
Accouchements	MAHON
Puériculture	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI, COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER, VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE ADRIENNE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En faible témoignage de ma grande reconnaissance pour les lourds sacrifices que je leur ai imposés.
Avec mes sentiments de tendresse et d'affection.

A TOUS MES PARENTS BORDELAIS

Qu'ils soient ici remerciés des multiples gentillesses qu'ils n'ont cessé de me prodiguer durant mes études.

A MA FAMILLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESTIVALS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU SYNDICAT MÉDICAL DES LANDES

Qui a bien voulu me faire profiter de sa grande expérience professionnelle et m'a toujours témoigné sa confiance et sa bienveillante amitié.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de ma profonde reconnaissance et de ma déférente sympathie.

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HOPITAL DE DAX

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L'ÉPÉE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET MÉDECINE DU TRAVAIL

ASSISTANT DE DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE COULANT

MÉDECIN DERMATO-VÉNÉRÉOLOGISTE DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CREYX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter de présider cette thèse.
Nous le prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre vive gratitude.

Parvenu au terme de nos études médicales, nous ne pouvons nous empêcher, au début de ce travail, de jeter un regard en arrière et de revivre en quelques lignes, comme un hommage et un devoir de reconnaissance envers les Maîtres qui nous ont guidé, les dernières années de notre vie.

Avec quel regret allons-nous quitter notre vie d'études et d'enseignements à la Faculté de Médecine et à l'Hôpital, où nous avons goûté tout le fruit des leçons de nos Maîtres.

Aussi, avant d'exposer le plan que nous nous sommes fixé pour notre travail, qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de remercier en particulier M. le Professeur Joulia pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé dans son Service où nous avons puisé les éléments cliniques de ce travail; M. le Professeur Le Coulant qui a choisi pour nous ce sujet et nous a prodigué son aide et ses utiles conseils.

C'est aussi un devoir pour nous que d'exprimer nos sentiments de profonde gratitude à MM. les chirurgiens et médecins de l'Hôpital de Dax, aux côtés desquels nous avons accompli notre internat; qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de nos remerciements pour les enseignements féconds que nous avons reçus d'eux.

PLAN

Introduction.

Historique.

Observations antérieures et personnelles.

Diagnostic clinique.

Diagnostic anatomo-pathologique.

Diagnostic bactériologique.

Diagnostic étiologique.

Considérations sur le traitement.

Conclusions.

Bibliographie.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
ENTRE LES PYODERMITES VÉGÉTANTES DE HALLOPEAU ET LES BLASTOMYCOSES CUTANÉES DE GILCHRIST

INTRODUCTION

Il existe des dermatoses accidentellement végétantes (Darier), c'est-à-dire que, sous des influences particulières, des lésions cutanées d'étiologie diverse peuvent prendre un caractère végétant; les pyodermites bulleuses et pustuleuses, en effet, l'ecthyma ulcéreux, les dermites impétiginées, les manifestations cutanées de certaines intoxications (bromides, iodides) ou de certaines infections (syphilis, bacillose) peuvent secondairement donner des manifestations végétantes et former des placards papillomateux extensifs; ces végétations apparaissent même quelquefois si précocement que la lésion semble d'emblée végétante.

Aussi, quand on entreprend l'étude des pyodermites végétantes et que l'on croit trouver une définition nette et un groupement précis, se rend-on compte que, dans ce domaine, plus encore que dans tout autre de la dermatologie, par suite de la confusion même qui persiste dans la compréhension de son terme, « l'incertitude de la nomenclature retentit sur le langage médical », comme le fait justement remarquer M. Langeron.

Cette constatation première trouve déjà sa confirmation dans les nombreuses classifications proposées pour tenter d'englober et de limiter dans un cadre précis les différentes

variétés de cette dermatose; elle se dégage avec non moins de certitude des travaux antérieurement parus qui, pour la plupart, mettent l'accent sur la difficulté de différenciation des pyodermites végétantes avec d'autres lésions cutanées totalement différentes, mais cliniquement très voisines.

Quant à nous, nous partageons en tous points l'avis de M. J. Margarot soutenu aux Journées dermatologiques de Montpellier (24-25 mai 1947), lorsqu'il déclare :

« L'analyse de cas personnels, rapprochée des publications antérieures, nous paraît justifier l'existence de deux types essentiels de pyodermites végétantes chroniques, à l'exception de tout autre : l'un fait de lésions multiples, disséminées, d'évolution continue, a pour pivot la maladie de Hallopeau; l'autre, local, comportant le plus souvent un foyer unique de végétations peu extensives, réunit les formes décrites par Azua, Bosellini, Gougerot, Zurzhelle, Klein, etc. »

Mais l'ensemble du syndrome de Hallopeau n'est pas encore, en lui-même, suffisamment évocateur pour nous permettre de le différencier d'emblée des autres affections cutanées végétantes et généralisées, en particulier des dermatomycoses végétantes, type blastomycose de Gilchrist; selon Huffschmidt, il est même probable « qu'en France, faute de recherches cliniques et histologiques précises, nombre imposant de blastomycoses cutanées doivent être fréquemment confondues avec des dermatoses tuberculoïdes ou syphiloïdes, voire même, et surtout, avec des pyodermites végétantes ».

Lorsqu'on connaît la similitude clinique des pyodermites végétantes et des blastomycoses, et les difficultés que rencontre souvent le laboratoire avant de déceler dans le pus ou les fongosités des lésions, les levures, les filaments mycéliens ou les micro-organismes pathogènes, on peut déjà se faire une idée des difficultés de différenciation.

Aussi, dès le début de notre travail inspiré par quatre

observations recueillies dans le Service des maladies cutanées et syphilitiques du Professeur JOULIA, croyons-nous pouvoir déjà insister sur le fait que la clinique pure, l'observation même minutieuse de la lésion cutanée, son évolution sont, dans la majorité des cas, capables d'évoquer la possibilité de la dermatose, mais insuffisantes pour la confirmation de l'hypothèse et l'établissement d'un diagnostic.

Seuls y parviendront les examens de laboratoire — et, là encore, ce n'est pas toujours facile — voire même les effets heureux d'une thérapeutique souvent judicieusement instituée grâce à des signes uniquement présomptifs.

HISTORIQUE

C'est en 1889, au Congrès International de Dermatologie de Paris que Hallopeau présenta un cas de « dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique », mais dans les années qui suivirent, Hudelo et Wickham (1891), puis Brocq, Leredde et Danlos rattachèrent cette dermatose, soit à la maladie de Brocq-Duhring, soit au pemphigus végétant de Neumann.

L'historique des blastomycoses cutanées, elle, a été longtemps confondue avec celle des mycoses en général; depuis que Cl. Bernard, au cours de sa recherche sur la fermentation, injecta à des animaux de la levure de bière, de nombreux auteurs, à la fin du siècle dernier, s'intéressèrent à la question du rôle pathogène des champignons; c'est Gilchrist, de Baltimore, qui, avec Rixford (1896), puis avec Stockes (1898), différencia le premier la blastomycose cutanée nommée successivement par lui « dermatite protozoïque », puis « dermatite blastomycosique » du cadre des blastomycoses généralisées et polyviscérales.

Montgomery et Walker (1901), Hyde et Montgomery (1902-1903) publièrent sur les blastomycoses cutanées d'intéressantes observations et en firent une description très complète.

Primitivement observée en Amérique, surtout dans la région de San-Francisco, la maladie fut vite reconnue comme une véritable entité morbide en Amérique du Sud, au Canada, puis aux Indes (Brayton et Carlsonn), au Japon (Sakurane) et à Cuba (Hoffmann).

Anricio, en Italie, la découvrit pour la première fois en

Europe en 1900, et Sequeira, en Angleterre, l'observa en 1903 chez un de ses malades.

C'est en 1904 que W. Dubreuilh présenta la première observation française. Cette communication du Maître bordelais, outre son intérêt historique, reste remarquable par sa description clinique détaillée et les précisions apportées dans le domaine anatomo-pathologique et bactériologique.

Parallèlement, en 1905, c'est à Gaucher que revient le mérite de donner à la maladie de Hallopeau droit de cité dans la nomenclature dermatologique.

Depuis lors, les pyodermites végétantes furent l'objet de très nombreuses publications.

Parmi les auteurs de tous ces travaux, où abondent observations diverses, appellations originales, formes cliniques multiples dues à l'ignorance de l'observation princeps de Hallopeau, dégageons les noms de Fordyce et Degroat, en Amérique; Jamieson, en Angleterre; Ledermann, en Allemagne; Fischer, Bosellini, de Azua, Pick, Loevi, etc.

En France, il nous faut surtout citer les travaux de Gougerot et de Milian.

Au III[e] Congrès des dermatologistes de langue française, à Bruxelles, Jacques Peyri donne une première classification des pyodermites végétantes.

Hudelo et Rabut font, en 1931, une revue générale de la question.

Aux Journées dermatologiques de Montpellier, en 1947, Margarot ordonne le chapitre touffu des pyodermites végétantes, différenciant et séparant nettement du cadre des pyodermites végétantes localisées, la pyodermite végétante généralisée, type Hallopeau.

Durant ces dernières années, la pathologie de la maladie de Hallopeau s'est encore enrichie de très nombreux travaux.

Parallèlement, les observations de blastomycoses de Gilchrist sont devenues plus courantes, mais en France il n'a

été signalé qu'un petit nombre de cas de cette affection, par Hudelo et Dural, Loederich, Huffschmidt, par Pautrier et Glasser.

Dernièrement, en 1946, M. Watrin en a publié un cas.

C'est donc une tâche irréalisable et infructueuse que de vouloir citer ici les cas de ces deux dermatoses antérieurs aux nôtres; nous nous bornerons à en résumer brièvement quatre des plus caractéristiques.

OBSERVATIONS

Observation I

Pyodermite végétante.

(Milian, *Revue dermatologique*, 1927.)

Malade présentant des placards de pyodermite végétante au thorax et à l'abdomen, dans les régions pubiennes et inguino-cervicales, et recouvrant toute la face externe de la jambe gauche, avec des îlots disséminés sur les faces postérieures et internes.

Cliniquement, aspect de vaste nappe papillomateuse présentant des sillons qui séparent les masses papillaires, recouverte de croûtes. Détergées, ces lésions sont des papillomes bien sphériques; l'ensemble est brun-rougeâtre, relativement sec; la pression fait sourdre des gouttelettes de pus jaune-verdâtre, assez épais. Le contour des placards est net.

A la périphérie, petites fistules de la dimension d'une tête d'épingle, la plupart du temps centrées par un poil.

A la première impression : pemphigus végétant.

A la biopsie : dilatation vasculaire au niveau du derme, avec traînées de cellules inflammatoires.

Papillomatose, augmentation de l'épaisseur de l'épiderme avec parakératose. Augmentation du stratum corneum avec abcès.

Dans le pus : staphylocoques, pas de levures ni de myceliums.

Culture : staphylocoque doré.

Observation II

Un cas de pyodermite végétante.

(Gaté et Giraud, *Bull. Soc. française Derm.*, 1930.)

M... (Marie), quarante-trois ans, entre à l'Hôpital de l'Antiquaille, le 15 novembre 1930, pour des lésions des deux jambes.

Rien dans les antécédents et à l'examen viscéral.

En juin dernier, apparaissent des boutons rouges recouverts de croûtes, sous lesquels il y a de la suppuration.

En octobre, elle vient consulter : sur la jambe gauche, grosse pyodermite; à droite, autour d'une zone centrale constituée par un épiderme rosé, existence d'une sorte de bourrelet végétant au niveau duquel on aperçoit de multiples petits pertuis laissant soudre, par expression, du pus bien lié.

Dans le voisinage de ces points suppuratifs, petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle, qui répondent à des fistulettes non encore ouvertes.

On pense à une pyodermite végétante et on prescrit : attouchements à l'eau d'alibour au 1/10e et pommade à l'oxyde jaune de Hg à 1/100e.

A la biopsie, existence de lésions de folliculite typique avec hyper-acanthose et parakératose.

Dans le pus : pas de levures ni de filaments, mais du staphylocoque doré que l'on retrouve dans les cultures.

Observation III

Un cas de blastomycose cutanée à foyers multiples.

(G. Huffschmidt, *Annales de Dermat. et Syph.*, 1931, p. 850.)

Malade de soixante-trois ans. Apparition, il y a cinq ans, à la partie latérale droite du cou, d'une grosseur qui, sans douleur, s'est progressivement étendue; après incision, récidive l'année suivante, puis surviennent successivement un panaris de l'index droit et des abcès à localisations diverses; le dos de la main se recouvre alors de « boutons » qui se réunissent par la suite pour aboutir à une surface ulcéreuse,

purulente, croûteuse, légèrement douloureuse. Au cou, à l'angle de la mâchoire, apparition de lésions analogues qui deviennent végétantes, humides ou verruqueuses, et qui laissent sourdre, à la pression, une sérosité purulente.

La syphilis, la bacillose, la lèpre sont écartées. Un examen histologique, après biopsie de l'élément verruqueux du dos de la main, montre une infiltration diffuse dermique lymphoplasmocytaire avec de nombreuses cellules géantes et épithélioïdes, un tissu conjonctif distendu par de l'œdème et des fibres élastiques en paquet dans les couches profondes du derme.

Un examen microscopique des frottis montre la présence simultanée de levures et de streptocoques; des coupes, pratiquées dans la profondeur des lésions et dans l'hypoderme, montrent de rares levures isolées, ovalaires ou polymorphes, avec des gaines à double contour; présence de formes bourgeonnantes.

Des repiquages successifs permettent d'obtenir des caractères morphologiques stables qui font classer l'organisme dans le genre de *baryomyces mucosus*.

Observation IV

Blastomycose de Gilchrist à foyers multiples.

(J. Watrin et Surdey, *Semaine des Hôpitaux*, 21 février 1946, p. 280.)

Cultivateur vosgien de quatre-vingt-trois ans. Le début remonte il y a trois ans, par des pustules acnéiformes, ostéofolliculaires, isolées au niveau de la nuque, et dont la confluence aboutit à la formation de placards ulcéro-végétants, à la nuque, puis au cou, aux joues, aux tempes, au thorax et à l'abdomen.

A la face, l'aspect ressemble à un lupus ulcéreux; sur le tronc, tendance végétante plus marquée.

Examen de pus et analyse histologique n'ont donné aucun résultat probant.

La culture du pus sur carottes et pommes de terre glycéri-

nées a montré l'existence d'un champignon du type *Mycoderma hominis* de VUILLEMIN.

Intradermo à la blastomycosine positive.

Solution de lugol comme traitement externe; sulfamides iodées *per os* et injections de blastomycosine (1/2 cm^3 deux fois par semaine) ont déterminé la guérison par des cicatrices chéloïdiennes (ectropion de la paupière, comme dans l'observation de GILCHRIST).

OBSERVATION V

Un cas de blastomycose cutanée.

Docteur TEXIER, Clinique dermatologique, Hôpital du Tondu,
Professeurs JOULIA et L'EPÉE.

G... (François), cinquante-six ans, tourneur, se présente, le 1er avril 1947, porteur de lésions inesthétiques à localisations cutanées multiples et à tendance nettement extensive, dont la première manifestation remonte au début de 1944; elle fut caractérisée par l'apparition, sur le tronc, d'une éruption qui ne tarda pas à gagner tout le corps, ne respectant que le visage, le cuir chevelu, le dos des mains et des pieds, et s'accompagnant d'une sensation de brûlure pénible; ces éléments éruptifs, prétend-il, se crevaient spontanément laissant s'écouler un liquide séro-purulent. Ils évoluaient par poussées et s'accompagnaient de frissons surtout vespéraux. La prise d'anti-histaminiques de synthèse parut en déterminer la guérison en quatre mois.

Coïncidant avec ces lésions, apparut, au niveau de la cicatrice d'une blessure de guerre qui avait nécessité l'amputation du talon droit, une suppuration chronique qui dura six mois; l'application de pansements humides, la désinfection à l'eau d'alibour favorisèrent sa guérison.

En février 1945, survint une seconde éruption du même type que la première, et qui dura jusqu'en septembre; quelques jours après son début, au niveau, semble-t-il, d'une écorchure banale de la main droite, se développa un processus infectieux qui gagna le dos de la main et les doigts, mais ne dépassa pas

le poignet; la main reste douloureuse et impotente six mois durant.

En mars 1946, apparition, au niveau de la face externe de la cuisse gauche, d'une papule à tendance extensive, non douloureuse, non prurigineuse, s'étalant rapidement en un placard d'où s'écoulait un séro-pus; les pansements humides furent seuls employés et, après trois mois et demi, il ne restait plus qu'une cicatrice pigmentée d'un rouge brunâtre.

Mais, deux mois après, une lésion initiale identique se reproduisit au niveau de la face externe de l'avant-bras droit; le placard s'agrandit et gagna peu à peu la partie supérieure de l'avant-bras pour persister avec les mêmes caractères jusqu'à son entrée au Service.

En février 1947, nouvelle poussée qui débuta à la joue gauche, par un élément d'abord acnéiforme dont l'extension aboutit à la formation d'un placard rouge, saillant, d'aspect vermoulu, en même temps qu'apparurent des lésions semblables aux avant-bras, aux jambes, au dos, à la face, et qui, par suite de leur ténacité, déterminèrent le malade à venir consulter.

Le 5 avril 1947, à son entrée au Service, l'état du malade était le suivant :

Le corps est en voie d'envahissement complet, tant par l'extension centrifuge des lésions primitives que par l'apparition de néo-éléments auto-inoculés, semble-t-il, par manque de soins.

Au niveau de l'avant-bras gauche, placard inflammatoire de la dimension de la paume de la main; ce placard, de contour irrégulier, très légèrement saillant, est violacé et d'aspect vermoulu; de petites ulcérations multiples laissent soudre, à la pression, un pus séro-sanguinolent et, à la palpation, la lésion est mobile sur les plans profonds.

A l'avant-bras droit, un placard morphologiquement semblable à celui signalé au côté opposé, occupe toute la face d'extension du membre; les lésions ont grossièrement le même aspect, à part une allure végétante plus marquée.

Le membre inférieur droit ouvre sa séquelle de blessure de guerre dont la cicatrice, déprimée d'un bon centimètre, est très fortement hyperkératosique, montre, au niveau de la face

externe, dans sa partie moyenne, une lésion identique aux précédentes.

Au membre inférieur gauche, au tiers supérieur de la face externe, lésion ovalaire du même type.

Sur le tronc, on remarque, sur la face antérieure, quelques éléments lenticulaires papulo-pustuleux disséminés; mais, sur la face postérieure, larges placards disséminés coexistant avec plusieurs éléments acnéiformes disséminés.

Au niveau du visage, du côté droit, présence d'une petite lésion de 3 cm. de diamètre, mais la joue gauche présente un placard allongé qui s'étend de l'oreille jusqu'à la hauteur de la commissure, et qui présente un aspect particulièrement végétant avec des orifices nombreux dont la pression fait sourdre un pus mal lié.

Rien à signaler dans les antécédents.

B. W. négatif.

Pas de signes de bacillose.

Femme vivante et bien portante. Quatre enfants vivants et bien portants.

Formule sanguine banale.

L'examen de frottis décèle la présence de très nombreux polynucléaires altérés et l'absence de flore microbienne.

Culture de pus sur milieu de Sabouraud : négative.

Deux biopsies ont été faites à cette époque. Sur un élément jeune du dos, on note : « Un épiderme normal avec une légère infiltration périvasculaire et périglandulaire, sans signification spéciale ».

Sur une plaque avancée au niveau de l'avant-bras gauche, le laboratoire répond :

« L'épithélium est épaissi avec hyperacanthose marquée et allongement des papilles; infiltrat périvasculaire peu folliculaire et peu glandulaire, surtout composé de cellules mononucléaires, de lymphocytes, de quelques rares plasmocytes. L'endothélium des vaisseaux est tuméfié; en un point de la coupe, vaste infiltration de polynucléaires, de lymphocytes, avec réaction conjonctive intense, cellulaire et fibreuse; par place, grosses cellules groupées en amas, à noyau foncé, avec

peu de protoplasme, sans tendance éosinophile; plages de cellules épithélioïdes et quelques gros macrophages.

« Il ne s'agit pas de granulome tuberculeux ni syphilitique, mais plutôt d'un granulome mycosique ou d'une inflammation chronique à staphylocoques, mais les frottis pratiqués ne contiennent aucun microbe, ce qui incite à penser qu'il s'agit plutôt d'une mycose. Pas de filaments ni de spores. »

On entreprend alors, fin avril, un traitement d'épreuve à l'iodure de potassium, à la dose de 1 g. par jour; il s'ensuit une grosse poussée congestive des lésions, un turgescence plus manifeste des éléments; l'iodure est remplacé par la pénicilline sans qu'une amélioration très légère en résulte.

Un nouvel examen de pus montre la présence de très nombreux polynucléaires altérés et l'absence de filaments et de germes.

Devant l'échec des précédentes thérapeutiques, on décide de faire des cautérisations en bordure des lésions; la reprise d'iodure détermine une nouvelle poussée congestive.

Le 16 mai, un examen de pus décèle la présence, dans les frottis, d'assez nombreux filaments mycéliens; on essaye à nouveau l'IK qui détermine la même poussée inflammatoire que précédemment, qui fera définitivement abandonner cette thérapeutique.

Début juin, on décide de pratiquer un traitement radiothérapique d'épreuve : des séances sur la région sacrée provoquent, en même temps que la diminution des douleurs, l'affaissement net de la plaque; devant ce succès encourageant, on décide d'irradier la région dorsale, ce qui détermine une amélioration notable.

Un examen de pus, pratiqué mi-juin, montre la présence de polynucléaires, de débris cellulaires, mais les filaments mycéliens ont disparu, et il n'y a pas de germes.

Fin juin, en même temps qu'un traitement par le tartrate neutre de cuivre intraveineux qui détermine un ictère, on décide de pratiquer, sous anesthésie générale, des curettages jusqu'au derme sain; l'amélioration des lésions est d'emblée notable; un processus de cicatrisation s'amorce au niveau des placards ainsi mis à plat, et le malade éprouve un gros soulagement.

On traita, par ce moyen, d'abord les lésions thoraciques, puis les lésions des deux bras, puis les jambes et la région temporale gauche.

L'amélioration fut surtout nette au niveau des membres supérieurs où apparurent des cicatrices marbrées, violacées, recouvertes de brides chéloïdiennes; elle fut moins probante au niveau du thorax où continuent à évoluer des pustulettes tendues par un liquide séro-purulent, dont certaines guérissent spontanément par dessiccation, mais dont la plupart confluent en placards typiques, saillants, à fond suintant, papillomateux, dont la palpation donne une sensation d'empâtement dermo-épidermique à bordure ourlée, violacée, en pente douce vers la peau, plus à pic vers les lésions, et dont la pression met en évidence un grand nombre de pertuis purulents.

Des curettages jusqu'au derme sain, l'ablation systématique, à la curette, des éléments acnéiformes suspects néoformés, un nouveau traitement radiothérapique complémentaire à l'occasion d'une légère poussée en bordure de la quasi majorité des lésions préexistantes déterminèrent, jusqu'en novembre, une amélioration durable.

Le 20 novembre, une intra-dermo-réaction à la blastomycosine pratiquée donne une réaction positive et, jusqu'en décembre, on institue un traitement à la blastomycosine suivi d'une série d'auto-hémothérapie.

Ces diverses thérapeutiques ne semblent donner à elles seules aucun résultat probant; autrement démonstratifs parurent de nouveaux curettages pratiqués systématiquement au niveau des membres, du tronc et des joues. Rapidement, en effet, les lésions régressèrent, la suppuration se tarit, et aux placards succédèrent des lésions cicatrisées ou en voie de cicatrisation.

Le malade resta quelques jours de plus en surveillance dans le Service, au cours desquels on se borna à enlever, à la curette, les quelques pustules folliculaires qui réapparaissaient; aussi, le 27 mars 1948, quittait-il le Service avec des lésions stabilisées.

On lui conseille de revenir dans quelques jours à la consultation, de prendre de grands bains antiseptiques fréquents, de râcler, à la curette, les éléments pustuleux néoformés.

Le malade devait passer trois mois chez lui, au cours desquels des soins insuffisants faillirent lui faire perdre tout le bénéfice de son premier traitement; aussi, fin juin, revient-il à l'Hôpital.

A la jambe gauche, à la jambe droite, à la verge, il présente à peu près les mêmes lésions que lors de sa première hospitalisation.

On refait des curettages et, mi-août, le malade sort du Service en voie de guérison. Il ne reviendra que de temps en temps, faire sauter à la curette les éléments suspects qui réapparaissent et, en décembre, il parait totalement guéri.

Il n'a plus eu, depuis août, de nouvelle poussée et, plus d'un an plus tard, la guérison se maintenait.

Il s'agit donc, en résumé, d'un malade porteur de placards de pyodermite multiples et disséminés, d'aspect le plus souvent végétant coexistant avec des éléments acnéiformes, et dont le diagnostic de blastomycose n'a pu être établi que par le laboratoire qui n'a jamais trouvé de microbes dans les frottis, mais a décelé une seule fois la présence de corpuscules de levures et de rares filaments mycéliens.

Observation VI

Blastomycose cutanée.

(Observation déjà publiée dans la thèse de Monribot, Bordeaux, juillet 1950.)

Docteur Le Coulant.

M. D... (Michel), vingt ans, se présente, le 22 août 1949, à la consultation porteur de manifestations cutanées prédominant surtout au niveau du cou et des membres supérieurs.

C'est un garçon chétif, au psychisme primaire, dans les antécédents duquel on ne retrouve qu'une pleurite, en 1940, et une suppuration dentaire avec gingivite chronique et stomatite à fusospirilles, pour laquelle il est encore en traitement,

Son B. W. est négatif; son père a eu un chancre à vingt ans. Rien à signaler au point de vue viscéral.

Le début de ses manifestations cutanées semble remonter à 1947, époque à laquelle apparurent, au niveau de la région cervicale postérieure, des foyers inflammatoires d'abord indurés, évoluant par la suite vers l'abcédation.

Ces pseudo-furoncles, tour à tour traités par des pansements et pommades antiseptiques, des sulfamides, la pénicillinothérapie et des incisions multiples, sont, depuis deux ans, rebelles à toute thérapeutique, et c'est à cause de leur aspect particulier et de leur désespérante chronicité que le Professeur Mauriac l'adresse au Service.

Lors de son entrée au Service, son état général est déficient, la température oscille entre 37° et 39°8; sa dermatose est en voie de généralisation, mais les manifestations les plus importantes siègent au cou et aux membres supérieurs.

A la face postérieure du cou, sur un fond de peau rouge inflammatoire, on remarque plusieurs petits orifices fistuleux dont la pression fait sourdre un pus épais et bien lié; à la périphérie, présence de deux grosses collections chaudes, douloureuses, légèrement fluctuantes, dont l'incision ramène un verre de pus qui, ensemencé sur milieu de Sabouraud, ne donne aucun résultat; sur toute cette région cervicale postérieure, nombreuses cicatrices de manifestations antérieures semblables.

Au niveau des membres supérieurs, les lésions prennent un autre type : leur début se fait par des papulo-pustules acnéiformes, extensives malgré les incisions successives et rapidement confluentes en placards violacés, de la grosseur d'une pièce de cinq francs, à surface légèrement végétante, molle à la palpation, avec de multiples orifices purulents.

La région fessière, le creux de l'aisselle sont les sièges de lésions végétantes et extensives analogues.

Une biopsie prélevée au niveau de la région végétante de l'avant-bras droit est envoyée au laboratoire qui répond :

« Au milieu d'un tissu de granulation où voisinent cellules conjonctives fixes étoilées, histiocytes, mastocytes, polynucléés neutrophiles et éosinophiles, on trouve des éléments sporulés de la taille d'un gros mononucléé, à double contour, présentant

un noyau et des nucléoles, éléments qui ont gardé une teinte jaunâtre et tranchent sur le reste de la préparation; ils ne sont pas disséminés sur toute la coupe mais, au contraire, groupés en petites plages au bord de cette dernière.

« Très nombreux vaisseaux plus ou moins dilatés et contenant des globules rouges; ces formations sporulées rappellent celles décrites par GILCHRIST. »

On porte le diagnostic de blastomycose cutanée de GILCHRIST; la prise de 10 g. d'IK *pro die*, des pansements humides iodo-iodurés déterminent un affaissement net et rapide des lésions du cou où apparaissent, en moins de deux mois, des cicatrices sans infiltration sous-jacente.

Les résultats sont moins spectaculaires au niveau des autres localisations; aussi, fin novembre, décide-t-on de procéder à l'ablation, à la curette, sous anesthésie locale, de toutes les lésions cutanées restantes.

Cette thérapeutique, ainsi que les soins locaux postopératoires des placards ainsi mis à nu (pansements iodés, poudrage à l'iodure d'amidon) facilitent la guérison rapide de toutes les lésions restantes, à l'exception de délabrements importants que le curettage avait déterminés au niveau des aisselles et des fesses, où des méchages à la gaze iodoformée sont durant longtemps nécessaires.

Dans les cultures pratiquées à cette période, on a, à deux reprises, réussi à isoler un *Candida albicans*.

A la fin de l'année, le malade regagne son domicile, ne gardant plus de ses anciennes lésions que deux fistules au niveau de la fesse et de l'aisselle droites.

On lui prescrit des toniques et on cesse l'IK qui déterminait des phénomènes d'intolérance.

Quinze jours plus tard, la guérison se maintenait, à part l'apparition d'une lésion anthracoïde de la lèvre supérieure, guérie en huit jours, sans incision, par la pénicillinothérapie.

A la mi-février, M. D... a repris 5 kilogrammes, et toutes ses lésions sont cicatrisées, sauf au niveau de l'aisselle droite qui suinte toujours un peu, au niveau de la fesse droite où subsiste encore un vaste décollement que l'on continue à mécher, et au niveau de la joue gauche où un élément acnéiforme suspect néoformé est incisé au galvanocautère.

L'évolution de ces dernières lésions a d'ailleurs été très favorable et, au début de mars, le malade était pratiquement guéri de sa dermatose et ne gardait plus que des cicatrices souples, très peu chéloïdiennes et à pigmentation atténuée.

Observation VII

Blastomycose des jambes.

Docteur Texier, Clinique dermatologique, Hôpital du Tondu, Professeurs Joulia et Le Coulant.

Mme D... (Armande), cinquante-deux ans, papetière, entre, le 2 mars 1950, au Service de Dermatologie, porteuse, au niveau des deux membres inférieurs, de lésions cutanées polymorphes pour lesquelles elle est soignée sans résultat appréciable depuis quinze mois.

Le début coïncide, en effet, avec un accident de bicyclette dont la malade avait été victime en décembre 1948, et qui avait occasionné une plaie au niveau du tiers inférieur de la face externe de la jambe droite; soignée avec des pansements antiseptiques au Dakin et à l'eau oxygénée, la plaie, quatre ou cinq mois durant, ne manifesta aucune tendance à la cicatrisation, envahissant même le tissu sain périlésionnel; son médecin pensa à une ostéïte sous-jacente post-traumatique, et le Docteur Le Coulant, consulté en mai 1949, ordonna le repos, des lavages quotidiens à l'eau bleue et l'application de pommades à la pénicilline; les soins prescrits n'eurent pas d'effet sur la tendance ulcéro-extensive de la plaie; aussi, le Docteur Le Coulant parla-t-il de la nécessité d'un curettage qui effraya la malade.

Pendant un mois, sur les conseils d'une amie, la malade se fit des compresses trempées dans des infusions de scabieuse; ce traitement, prétend-elle, fut d'une grande efficacité et, au mois d'août, la plaie était quasi-fermée.

A cette époque, un nouveau traumatisme provoqua une écorchure banale au niveau de la lésion initiale; la malade refit des compresses à l'eau oxygénée, mais le traitement, cette fois encore, ne put arrêter une nouvelle poussée inflammatoire de

la plaie qui s'agrandit en même temps qu'apparurent, outre une adénopathie inguinale, des troubles vaso-moteurs du membre malade : œdème remontant jusqu'au genou, cyanose des extrémités, douleurs pénibles du mollet et de la jambe.

Au début du mois de janvier 1950, la malade remarque, sur sa jambe gauche, l'apparition de quelques éléments papuleux rouges, s'accompagnant d'une sensation de brûlure, dont le centre présente une tendance ulcéreuse, et d'où s'écoule un liquide légèrement citrin, les premiers jours, par la suite séro-sanguinolant, puis franchement épais et purulent.

Elle va aussitôt consulter son Docteur qui fait pratiquer divers examens qui ne montrent rien de probant, et entreprend des curettages superficiels et des pansements antiseptiques; ce traitement parut heureusement influencer l'évolution des lésions traitées, mais fut incapable de prévenir l'apparition de nouvelles papules analogues; aussi, son médecin conseilla-t-il une hospitalisation qui fut refusée par la Sécurité Sociale.

Le Professeur Joulia, consulté à cette période, préconisa, en même temps que des lavages des lésions au SO_4Cu, un traitement d'épreuve à l'IK qui ne fut d'aucun effet, et la malade fut hospitalisée dans le Service de dermatologie du Tondu.

Antécédents normaux. Mariée, n'a jamais eu d'enfant.

Mari vivant et bien portant.

Ménauposée depuis septembre 1949. Anorexie marquée depuis quatre à cinq mois. B. W. négatif.

Urines normales; urée sanguine : 0,40 g.; leucocytose à 15.000, avec 85 p. 100 de polynucléaires. Apyrexie.

Lors de son entrée au Service, l'examen dermatologique montre :

A la jambe droite, de la moitié inférieure jusqu'au niveau de la malléole externe, empiétant légèrement sur la face antérieure, présence d'une grosse ulcération allongée obliquement de haut en bas, de 18 cm. de long sur 5 cm. de large, dont le centre présente une tendance spontanée à la cicatrisation, et à bords surélevés, polycycliques, violacés et non décollés.

A la face interne du pied, dans la gouttière calcanéenne et au-dessus de la malléole, on note la présence de deux nodules sous-cutanés, en saillie, de contours arrondis, lisses à la palpation, superficiels; la peau qui les recouvre est rose violacée.

Ces pseudogommes, comme celles que l'on trouve à la jambe opposée, augmentent de volume à la longue, se ramollissent, évoluent comme des abcès sous-cutanés, et la peau qui les recouvre finit par s'ulcérer aux endroits où la lésion fait saillie au maximum.

A la jambe gauche, existence, au niveau de la face antérieure du cou-de-pied, d'une ulcération allongée transversalement, à fond légèrement bourgeonnant, à bords en relief et polycycliques; mais, à la partie antéro-externe de la moitié inférieure de la jambe, existence de deux gommes dont la supérieure, rose violacée, ramollie, est de la grosseur d'une petite noix, et dont l'inférieure est en voie de cicatrisation.

La malade se refusant catégoriquement aux curettages, on soumet les lésions à un traitement local (lavages au SO_4Cu et application de compresses vaselinées); on institue parallèlement un traitement général par l'auréomycine à raison de 2 g. *per os*.

La gomme supérieure de la jambe gauche présentant un caractère inflammatoire de plus en plus net et une tendance marquée à l'ulcération, on porte la dose d'auréomycine à 4 g. *pro die* (la malade restera à cette dose jusqu'au 29 mars, et le médicament sera d'ailleurs mal supporté, déterminant des nausées et des vomissements fréquents). Simultanément, on pratique une ponction de la gomme qui ramène un peu de liquide mal lié, mélange de sang et de pus.

L'examen des frottis montre la présence de très nombreux polynucléaires altérés, de cellules épithéliales desquamées, l'absence de flore microbienne et de filaments mycéliens, mais la présence d'assez nombreuses levures.

On porte alors le diagnostic de blastomycose cutanée. Le traitement améliore nettement la majorité des lésions : le comblement de l'ulcère de la jambe droite et son épidermisation est d'abord plus net qu'à gauche où l'on constate toutefois un effacement de l'ulcère; la ponction amène l'assèchement de la gomme qui, malgré son ramollissement, n'a pas tendance à l'ouverture spontanée; les autres gommes s'effacent également, en même temps que disparaît progressivement leur couleur cyanotique.

La malade quitte le Service le 30 mars; au niveau de la

jambe droite, l'ulcération présente, à sa périphérie, une zone inflammatoire moins marquée et, en son milieu, une grande bande de cicatrisation, ainsi que des bourgeons néoformés, témoins d'une épidermisation active.

Les gommes de la gouttière calcanéenne ont été moins heureusement influencés par la thérapeutique que celles du côté opposé, mais leur aspect inflammatoire a notablement diminué.

A gauche, la gomme de la partie supéro-externe a disparu spontanément, sans fistulisation, ni nécessité de nouvelles ponctions; la gomme ulcérée s'est affaissée; l'ulcération est à peu près totalement comblée.

On conseille à la malade de rester au repos, de continuer soigneusement la désinfection locale et de revenir de temps en temps à la consultation.

Nous l'avons revue trois fois depuis sa sortie, l'évolution de sa dermatose semble enrayée; de nouvelles gommes n'ont point réapparu, les anciennes sont stabilisées, laissant à la palpation une sensation de dureté due à un processus de fibrose sous-jacent; de l'ulcération, il ne reste plus qu'un placard d'aspect brunâtre, légèrement saillant et suintant, en voie de guérison définitive.

Observation VIII

Un cas de pyodermite végétante.

Docteur Texier, Clinique dermatologique, Hôpital du Tondu, Professeur Joulia.

B... (Jean), quarante-quatre ans, cultivateur dans les Basses-Pyrénées, se présente pour la première fois à la consultation de Clinique dermatologique du Professeur Joulia, en mai 1946, pour une dermatose à tendance extensive, dont les premières manifestations remontaient à deux mois. En mars, en effet, commencèrent à apparaître, d'abord à la face postérieure du cou, puis au niveau de la face supérieure de l'épaule gauche, de petits éléments papulo-pustuleux excessivement prurigineux et qui confluèrent rapidement en vaste placard occupant toutes les régions précitées. L'évolution chronique de la lésion, son extension progressive décidèrent le malade à venir consulter.

A son entrée au Service, le malade présente deux placards séparés par une mince zone apparemment saine; à la face postérieure du cou, existe un placard de la grosseur de la paume de la main, à contours réguliers, très légèrement végétant, d'un brun-rougeâtre, mollasse à la palpation, recouvert par endroits de pustulettes et d'orifices multiples, laissant sourdre à la pression un pus séro-sanguinolent.

Un placard analogue, mais plus volumineux, occupe la face supérieure de l'épaule gauche, empiétant sur le dos et la face postérieure du bras; en plus de ces placards, il existe, au pourtour de ces grosses lésions, plusieurs dizaines d'éléments acnéiformes, mais le reste du corps est pratiquement indemne.

Rien à signaler dans les antécédents.

B. W. négatif. Urines : aucun élément anormal.

La numération globulaire et la formule hémoleucocytaire montrent une leucocytose modérée, à 12.000, avec polynucléose.

L'état général est relativement bon, mais le sujet se plaint de son anorexie. Pas de fièvre.

Deux examens de frottis sont pratiqués à de proches intervalles, qui mettent en évidence la présence de très nombreux polynucléaires altérés, des cocci du type staphylococcique et l'absence de filaments mycéliens et de spores. Le diagnostic de pyodermite végétante est alors porté, et un traitement institué, soit : lavages antiseptiques au SO_4Cu, pénicilline (le malade en recevra 1.500.000 unités).

L'heureuse influence de la thérapeutique ne tarda pas à se manifester, et les placards végétants sur lesquels étaient apparues quelques zones à tendance ulcéreuse semblèrent s'effacer; cette sédation fut toutefois passagère: un mois après, les placards reprenant une allure nettement inflammatoire, on fit, parallèlement à un traitement par le tartrate de cuivre intraveineux, des greffes sur les lésions avec des lambeaux cutanés pris à la face supéro-externe de la cuisse, qui donnèrent d'heureux résultats. Aussi, à la mi-octobre 1946, cinq mois après son hospitalisation, le malade quittait-il le Service, ne gardant de ses anciennes lésions que des cicatrices marbrées et brunâtres, et quelques petits éléments acnéiformes qui cédèrent complètement à des lavages antiseptiques quotidiens.

On ne devait le revoir que le 12 février 1950, après une

période de rémission de trois ans, au cours de laquelle le malade n'eut à se plaindre que d'une anorexie persistante et d'un amaigrissement notable.

C'est dans la journée du 14 juillet 1949 qu'apparurent, sans cause, de petits éléments saillants, rouges, légèrement prurigineux, à type de papulo-pustules, au niveau de la région thoracique, du creux épigastrique, du coude gauche, de l'avant-bras droit, puis des deux épaules et de la région postérieure du cou.

Ces pustulettes, entourées d'une auréole rouge, donnèrent, par leur confluence, naissance, en moins de huit jours, à des plaques dont les dimensions s'accrurent rapidement, et sur lesquelles des pansements humides antiseptiques n'eurent aucun effet.

A son retour au Service, le malade est porteur de placards végétants typiques, soit :

Au niveau du thorax, existe un gros foyer de pyodermite à surface élevée par rapport au tissu sain périlésionnel, à bords nets et saillants, de couleur rouge violacée, d'aspect végétant et mamelonné, recouvert d'un suintement abondant et parsemé de petits abcès miliaires dont la pression fait sourdre un pus mal lié.

Au niveau du cou, placard gagnant même la nuque.

Au niveau de l'épaule gauche, volumineux placard analogue aux précédents, à tendance extensive et végétante, encore plus marquée et envahissant tout le haut du dos.

Au niveau de l'épaule droite, au niveau de l'avant-bras droit, grosse plaque très prurigineuse, de même qu'à la face externe de l'avant-bras gauche.

Au niveau de la face supéro-externe et de la face postérieure de la cuisse droite, en plus de ces placards, il existe sur leur pourtour quelques éléments acnéiformes disséminés; pour le reste, l'examen est négatif, tant au point de vue muqueux que viscéral.

On lui refit diverses expérimentations auxquelles il avait déjà été soumis trois ans auparavant :

Urines normales. L'urée sanguine, plusieurs fois dosée, oscille entre 0,25 g. et 0,35 g. B. W. négatif.

Une numération avec formule hémoleucocytaire pratiquée à son entrée et en août, donne, dans deux cas, des résultats sensi-

blement analogues, soit : des globules rouges normaux, une leucocytose entre 12.000 et 15.000 et une polynucléose à 78 p. 100.

Un examen de frottis de pus montre : de nombreux polynucléaires altérés (96 p. 100), des cellules endothéliales desquamées (4 p. 100), l'absence de filaments et de spores, de nombreux cocci en grappes, du type staphylocoque.

Une biopsie faite au niveau de la plaque végétante du dos donne, à l'examen anatomo-pathologique :

« Epiderme très augmenté d'épaisseur. Hyperkératose légère, granuleuse, également épaissie; acanthose marquée et papillomatose.

« Le derme, relativement lâche, est occupé par de très nombreux vaisseaux dilatés; par place, infiltration lymphomonocytaire, sans prédominance périvasculaire, dans une trame d'aspect adénoïde.

« En d'autres points, placards de cellules épithélioïdes avec de nombreuses cellules géantes sans ramification, sans aspect de follicules tuberculeux; il existe bien quelques lymphocytes, mais mélangés de plasmocytes et de très nombreux polynucléés éosinophiles.

« On a l'impression d'une infection chronique qui n'est ni tuberculeuse, ni syphilitique. »

Devant cette récidive de pyodermite végétante, une cure de 5.000.000 d'unités de pénicilline et la prise, *per os*, d'auréomycine à des doses variant de 3 à 4 g. *pro die* durant une douzaine de jours parurent donner d'abord d'intéressants résultats; au début de mars, on note une amélioration manifeste au niveau de la cuisse droite, où la lésion est rapidement et pratiquement guérie, au niveau de la partie haute du dos et de l'épaule, où l'on constate l'affaissement net des placards et l'ébauche de processus de cicatrisation; mais, sur les autres placards, les antibiotiques parurent sans effet.

Aussi, décide-t-on de faire, fin mars, sous anesthésie générale, la mise à plat, à la curette, des placards végétants des avant-bras, ce qui amène une très nette amélioration des lésions ainsi traitées.

Simultanément, d'autres thérapeutiques sont instituées : bains quotidiens au sulfate de cuivre et au permanganate,

séries de tartrate de cuivre intraveineux, applications de liniment oléocalcaire, de tulle gras qui trouvent une indication très bienfaisante et que le malade continue journellement.

Depuis plusieurs mois, l'état de M. B... est stationnaire, mais l'ensemencement sur gélose montrait encore, en octobre, la présence de staphylocoques. Tout dernièrement, un nouveau curettage a été pratiqué, sous anesthésie locale, au niveau du cou.

L'extension centrifuge des lésions est partout enrayée, leur régression est manifeste, la suppuration est à peu près nulle, les placards sont pratiquement partout cicatrisés ou en voie de l'être, mais continuent toujours à apparaître, à la surface des lésions ou à leur périphérie, de petites pustules, rares sans doute, mais qui n'en nécessitent pas moins une surveillance de tous les jours, et qui, sans soins, seraient susceptibles d'engendrer, après une période de rémission plus ou moins longue, une nouvelle poussée inflammatoire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le malade atteint de pyodermite végétante ou de blastomycose cutanée n'est pour ainsi dire jamais vu au début de son affection; elle dure depuis longtemps, souvent depuis plusieurs mois, parfois des années; le malade a vu plusieurs médecins qui ont tenté divers traitements qui n'ont pas amélioré sa dermatose; par grattage, par auto-inoculation, le malade a disséminé un peu partout ses lésions.

Dans la pyodermite de Hallopeau, le malade raconte pourtant que le début de sa maladie semble s'être révélé par l'apparition, le plus souvent insidieuse, d'une papule arrondie de quelques millimètres de diamètre. Cette papule, en général centrée par un poil (ostéo-folliculite), légèrement saillante, rouge, indolente, quelquefois un peu prurigineuse, évolue vers une papulo-pustule entourée d'une auréole rouge, tandis que le derme sous-jacent s'indure légèrement.

Les pustules se propagent de proche en proche par inoculation de voisinage; leur agrandissement périphérique se fait rapidement, le plus souvent; par leur confluence, ces éléments primitifs donnent naissance à une plaque d'étendue variable, arrondie ou polycyclique, quelquefois irrégulière dans ses contours.

Fait capital : sa surface, par suite de l'hypertrophie du derme sous-jacent, est élevée par rapport au tissu sain périlésionnel, d'où son aspect végétant et bien circonscrit.

Mobile sur les plans profonds et induré, ce placard rouge violacé, à surface mamelonnée, est revêtu de végétations entassées contre les suivantes, déformées par pression réciproque, séparées les unes des autres par de multiples

crevasses, et la pression de ces plaques fait sourdre un pus souvent fétide, rarement abondant, le plus souvent sous forme de gouttelettes.

Dans la blastomycose de Gilchrist, on retrouve le même début insidieux, par des lésions acnéiformes puis papulo-pustuleuses confluentes en placards analogues, mais dont l'évolution semble plus lente que celle des pyodermites (de deux mois à deux ans selon Gougerot).

Le début est très rarement bulleux, exceptionnellement anthracoïde, bien que des observations américaines en aient relaté la possibilité; les placards, morphologiquement semblables à ceux des pyodermites, sont couverts de bourgeons papillomateux et verruqueux inégaux.

Dans les deux cas, la limite de la lésion décrite s'abaisse plus ou moins abruptement à partir de la surface élevée jusqu'à la peau normale; la région qui entoure le placard d'une légère auréole est douce au toucher, d'une couleur rouge pourprée, et elle est encombrée d'un nombre plus ou moins important d'éléments jeunes identiques aux pustules initiales par lesquels le processus gagne en surface, et dont quelques-uns, de taille infime, ne peuvent être décelés qu'à la loupe.

Blastomycose cutanée ou pyodermite de Hallopeau ? Quoiqu'il en soit, l'évolution est essentiellement irrégulière et chronique; les lésions, souvent mal soignées au début, la plupart du temps indolentes, se caractérisent par une tendance végétante beaucoup plus que nécrosante et destructrice, et par une extension progressive excentrique en même temps que se développent, par inoculation de voisinage, de nombreux foyers secondaires qui évoluent à plus ou moins longue distance du foyer initial.

Il est exceptionnel, toutefois, que les ganglions se tuméfient et suppurent, et l'état général est ordinairement peu modifié, l'apyrexie habituelle. Ce n'est qu'à la longue, lorsque les lésions sont très extensives, que l'amaigrissement et les troubles généraux font leur apparition.

Quelquefois, spontanément, plus radicalement sous l'influence d'une thérapeutique bien conduite, la lésion commence à présenter certains stigmates de guérison; il y a d'abord, au centre de la plaque, un abaissement graduel des végétations, une diminution progressive des formations papillomateuses, un tarissement notable de la sécrétion, une « dessiccation et une exfoliation partielles » dans les blastomycoses.

Il ne reste généralement, dans les pyodermites végétantes, qu'une légère cicatrice pigmentée d'abord sombre et persistante, mais qui finit par s'atténuer et s'effacer; dans les blastomycoses, la tendance chéloïdienne est plus marquée et la cicatrisation plus longue à s'effectuer.

Pendant la période d'amélioration, les pustules, parallèlement aux placards, diminuent; mais, souvent, dans le tissu en voie de guérison, une recherche attentive pourrait encore les révéler. Il est en effet commun dans les deux cas de voir que des surfaces apparemment guéries sont susceptibles de se recouvrir, après une rémission plus ou moins longue, de micro-abcès actifs capables de rallumer des foyers éteints, et reproduisant sur les vieilles lésions les différents stades de la maladie primitive qui s'intriquent parfois d'une façon intime.

La présence de nodules, d'abcès sous-cutanés peut quelquefois être remarquée.

Si, dans la pyodermite végétante de Hallopeau, ces abcès apparaissent plutôt comme une complication de la dermatose susceptible de provoquer des décollements plus ou moins vastes, la présence de ces « blastomycomes » indolents, qui ne sont souvent remarqués du malade que par hasard, peut résumer toute la symptomatologie de l'affection; à la longue, ces « pseudo-gommes » augmentent de volume, se ramollissent, la peau qui les recouvre prend un caractère inflammatoire, s'ulcère, donnant issue à un pus épais; certains, malgré leur ramollissement, n'ont pas tendance à l'ouverture spontanée, régressent puis disparaissent.

Dans les deux cas, il s'agit donc d'une dermatose caractérisée par la production successive et continue de foyers de suppuration qui débutent soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules s'accroissant excentriquement en placards végétants.

Si ce tableau clinique fait penser à la pyodermite végétante ou à la blastomycose, cette dermatose généralisée n'est pas sans ressembler au pemphigus végétant avec lequel la maladie de Hallopeau a, durant longtemps, été confondue. Mais la différence ici réside dans l'élément primitif qui, dans nos observations, est une pustulette, et qui est une bulle dans le pemphigus; de plus, ce dernier s'accompagne d'une atteinte précoce de l'état général.

Quant à la dermatite framboésiforme de Samberger, décrite en 1904; la dermo-épidermite miliaire érythémato-squameuse nummulaire décrite, en 1922, par Gougerot; la dermatite staphylogène végétante de Arton et la dermatite végétante à petites pustules de Fischl, elles semblent rentrer dans le cadre des pyodermites végétantes généralisées.

Lorsque l'affection — pyodermite de Hallopeau ou blastomycose de Gilchrist — ne comporte, à une période de son évolution, qu'un ou deux foyers régionaux, la difficulté est encore accrue par l'existence de formes anatomo-cliniques spéciales et par l'absence de signes différentiels pathognomoniques.

Des végétations syphilitiques peuvent, en effet, se développer sur des ulcérations tertiaires, il en résulte la formation de syphilides ulcéro-végétantes, papillomateuses et verruqueuses, mais qui finissent, à la longue, par déterminer des lésions plus franchement ulcéreuses, plus suppuratives et plus inflammatoires que celles qui nous intéressent; la septicémie syphilitique secondaire peut déterminer également des papules dont la coalescence donne des placards papuleux. Le B. W. est ici fortement positif.

Beaucoup plus fréquentes sont les manifestations végétantes tuberculeuses, et ce sont surtout elles qui prêtent à confusion; l'analogie est surtout grande avec la forme régionale de pyodermite végétante décrite pour la première fois par Bosellini, en 1905, et étudiée par la suite par Gougerot, en 1912, qui a montré que certaines infections chroniques simulant notamment la tuberculose cutanée peuvent être déterminées par des agents microbiens banaux, tel le staphylocoque. On pense, en effet, à une étiologie tuberculeuse, et c'est seulement l'évolution ultérieure et les examens du laboratoire (inoculation au cobaye, biopsie montrant l'absence de formations à type de follicule tuberculeux et, au contraire, présence de micro-abcès de pyodermite) qui rectifient le diagnostic préalablement posé.

Enfin, lorsque les lésions blastomycosiques ou de pyodermite sont localisées, elles peuvent également simuler un épithélioma; la ressemblance avec le cancer est surtout nette dans le pseudo-épithélioma de de Azua, pour que l'erreur de diagnostic puisse être commise; mais, en règle générale, la consistance du cancer est plus dure, il y a une induration profonde nette, alors que les lésions précédentes sont mobiles sur les plans profonds; les végétations du cancer sont friables, saignent très facilement; enfin, et surtout, les lésions sont très rarement multiples, il y a des adénopathies précoces, une évolution plus rapide, et la guérison spontanée ne se produit jamais.

Le diagnostic de pyodermite végétante ou de blastomycose cutanée de Gilchrist est donc toujours un diagnostic difficile qui ne se pose pas d'emblée; on est souvent, en effet, conduit à porter un autre diagnostic, mais si devant une dermatose généralisée, d'allure végétante, à début acnéiforme ou papulo-pustuleux, on pense à l'une ou l'autre de ces deux maladies, si la clinique pure est souvent capable d'évoquer à elle seule la possibilité de la dermatose, nous sommes presque toujours impuissants à confirmer l'hypo-

thèse émise, et c'est toujours au laboratoire qu'il appartiendra d'en faire la preuve.

Mais, l'existence dans la nature, sur notre peau, sur nos muqueuses, de nombreuses levures saprophytes pathogènes prouve que la difficulté diagnostique est encore accrue par le fait que ces champignons trouvés dans une lésion banale peuvent faire croire, à tort, à leur pouvoir pathogène; aussi, dans les blastomycoses cutanées, pour qu'il soit permis d'affirmer la nature mycosique des lésions, est-il nécessaire que plusieurs conditions se trouvent réunies, comme l'a énoncé Boehm, en 1930.

1° Démonstration microscopique de la présence de levures dans les filtrats de pus;

2° Démonstration culturale de la présence de la levure à partir des tissus lésés;

3° Présence d'abcès miliaires dans les coupes histologiques;

4° Structure tuberculoïde de ces coupes;

5° Manifestations cliniques de la maladie et réaction vis-à-vis des agents thérapeutiques.

Ces conditions sont encore de nos jours exactes; la présence du champignon dans les foyers et, si possible, dans des lésions fermées, la reconnaissance du même parasite dans les cultures à plusieurs examens successifs, l'élimination des autres dermatoses dans lesquelles le champignon pourraît n'intervenir qu'en qualité de facteur symbiotique surajouté à une lésion préexistante, les preuves thérapeutiques de la guérison par un traitement antimycosique sont autant de tests diagnostiques que l'on aurait grand tort de négliger.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Pour ce qui est de l'anatomie pathologique, dans quelle mesure nous permet-elle de différencier la pyodermite végétante de Hallopeau de la blastomycose cutanée type Gilchrist ?

Dans les deux cas, les sections montrent une surface irrégulière avec des proliférations papillomateuses alternant avec des dépressions et recouvertes par endroits de débris séro-sanguinolents, de cellules épithéliales altérées et de bactéries diverses.

Au niveau de l'épiderme, il y a, dans les deux affections, des lésions fondamentales et des lésions accessoires qui relèvent du processus réactionnel de l'épiderme : l'état végétant.

On note dans la blastomycose une hyperkératose et une parakératose constantes : la couche épidermique varie grandement en épaisseur; elle est presque détruite par endroits, tandis qu'en d'autres régions elle émet, entre les papilles distendues et irrégulières, des prolongements d'épaisseur variable.

Cette « hyperplasie épidermique extensive » (Dubreuilh) envoie jusqu'au derme sous-papillaire moyen des prolongements de forme et de grandeur variables, se ramifiant dans toutes les directions.

Dans la pyodermite de Hallopeau, on trouve, en certains points, de la parakératose et le même processus végétant se traduisant par de l'hyperacanthose; les espaces interpapulaires sont également élargis, ramifiés, et les papilles atteignent parfois jusqu'à vingt fois leur hauteur normale.

Dans la maladie de Hallopeau, la lésion fondamentale

consiste en la présence d'une pustule folliculaire et de petits abcès miliaires péripilaires (c'est en somme la pustule des sycosis, décrite par Sabouraud, qui considère la pyodermite de Hallopeau comme une variété de sycosis). Ces micro-abcès, sous-jacents à la lésion mère, entretiennent l'infection et expliquent sa désespérante chronicité; ils sont le « germe des pullulations à venir » (Sabouraud) et contiennent de très nombreux polynucléaires tassés, plus ou moins altérés.

Fait capital à noter : *ces lésions de folliculite sont purement et uniquement épidermiques, et la barrière du derme n'est jamais franchie.*

Dans la blastomycose de Gilchrist, l'épiderme contient également des abcès miliaires de taille variable, dont certains, sur les coupes, sont même reconnaissables à l'œil nu, abcès entourés d'une couche de cellules épithélioïdes aplaties, de polynucléaires altérés et de quelques cellules géantes.

C'est surtout au niveau du derme que les différences entre les deux dermatoses sont sensibles.

Dans la pyodermite de Hallopeau, en effet, si la réaction dermique sous-jacente est intense, elle n'en est pas moins banale et limitée à la couche papillaire, elle se traduit par une infiltration parfois massive de cellules migratrices monocytaires, par une dilatation vasculaire, par un œdème plus ou moins accentué, par une éosinophilie inconstante mais signalée par de nombreux auteurs (Sabouraud, Milian, Martzell, Jamieson, Fordyce, Gottheil).

Dans la blastomycose cutanée c'est, au contraire, dans le derme qu'abcès épidermiques et cellules géantes se voient avec le plus de netteté; celui-ci est, en effet, le siège de réactions inflammatoires subaiguës, caractérisées par un infiltrat diffus polymorphe, avec prédominance de lymphocytes, de cellules conjonctives jeunes, basophiles, de mononucléaires, de plasmocytes, de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles; les vaisseaux montrent une augmentation

de volume de toutes leurs tuniques, une « endothélite hyperplasique ».

Les abcès miliaires sont, ici comme dans l'épiderme, très fréquents, les cellules géantes nombreuses et variables quant à leurs caractères morphologiques et cytologiques, et elles ébauchent dans quelques cas des follicules tuberculoïdes mais sans nécrose.

C'est dans les abcès que l'on trouve, dans les pyodermites, du staphylocoque, et c'est aussi dans les abcès intra-épidermiques ou intradermiques que l'on trouve souvent des blastomycètes, mais les cellules géantes contiennent, elles aussi, fréquemment, plusieurs parasites — nous aurons l'occasion de décrire ces derniers un peu plus loin —, et leur nombre exact varie d'ailleurs suivant les coupes observées (de trois à six généralement, bien que Hyde et Montgomery aient réussi à en déceler une douzaine dans un seul champ de microscope).

Le plus souvent, ils se présentent par paires, mais également séparément.

Souvent, dans le revêtement des cellules épithélioïdes bordant les abcès, des formes bourgeonnantes distinctes peuvent se montrer immédiatement.

La plupart des caractéristiques anatomo-pathologiques des blastomycoses cutanées se trouvaient réunies dans notre première observation (abcès intra-épidermiques et intradermiques, cellules géantes, plages de cellules épithélioïdes), positivées par la découverte ultérieure de filaments mycéliens dans les frottis.

Dans notre quatrième observation, l'hyperkératose, l'hyperacanthose, l'infiltration lymphomonocytaire du derme sans abcès avaient fait penser à une pyodermite que la découverte du staphylocoque est venue confirmer.

M. D..., sujet de notre deuxième observation, était porteur de lésions où nous avons découvert, au sein d'un tissu de granulation, des éléments sporulés caractéristiques.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

Nous ne ferons ici que citer brièvement les procédés les plus communément usités dans les recherches de laboratoire.

La biopsie permet de fixer un fragment de la lésion cutanée avec de l'alcool à 70°, d'en faire des coupes à la paraffine et des colorations; la méthode de GRAM donne de bons résultats, mais pour plus de netteté, on lui préfère le colorant de DOMINICI (éosine orange + bleu de toluidine).

L'examen de pus est la recherche la plus courante, soit qu'on le retire d'une ulcération ou par ponction; le mieux est de le fixer et de colorer ensuite suivant les procédés sus-indiqués.

Les cultures, elles, sont nécessaires non seulement pour affirmer le diagnostic, mais pour déterminer le parasite; des colonies apparaissent en général entre le troisième et le quatrième jour. On en prélève un fragment pour l'examiner, soit directement, soit après coloration.

L'hémoculture, autrefois pratiquée, a été délaissée à cause de ses résultats inconstants, de même que les réactions d'agglutination qui utilisaient la propriété du sérum du malade d'agglutiner les cultures du micro-organisme.

Les inoculations — le rat blanc étant l'animal de choix pour les blastomycoses, le cobaye pour les pyodermites — ont certes donné dans les deux cas des résultats intéressants mais inconstants.

Pour ce qui est des pyodermites végétantes de HALLOPEAU, l'examen bactériologique montre, dans la quasi majorité des cas, des colonies de staphylocoques. Le staphylocoque

est donc le microbe pathogène essentiel. L'association de plusieurs souches de staphylocoques est fréquemment constatée, soit à l'examen direct, soit dans les cultures.

Le staphylocoque doré est rencontré, mais plus habituellement encore il s'agit du staphylocoque blanc ou du citréus; par contre, le streptocoque, que certains auteurs incriminent comme étant l'agent causal, n'a jamais été rencontré.

En ce qui concerne les blastomycoses, le problème bactériologique est plus délicat.

Sur les milieux solides, le développement des blastomycètes est abondant quand ces milieux sont sucrés; sur la gélatine ordinaire, le développement est peu abondant et lent à se produire, mais sur la gélose glucosée ou maltosée, sur l'agar de gélose, sur la carotte, le développement est abondant, blanc crémeux, luisant et rapide.

Les cultures peuvent affecter différents aspects : soit simples colonies légèrement élevées, blanches et unies, ou translucides et gélatineuses, soit surface grossièrement granuleuse, soit aspect blanc et floconneux avec des hyphes courts et aériens, soit aspect central duveteux, à surface recouverte par de petites projections ressemblant à des poils.

La forme typique du champignon que l'on rencontre dans presque tous les milieux est le plus souvent sphérique, ovalaire ou elliptique; le parasite, quelquefois libre, le plus souvent englobé dans les cellules géantes, est entouré d'une capsule homogène à double contour à protoplasme grossièrement granuleux « séparé de la capsule par un espace clair de largeur variable » (Hyde et Montgomery).

Sa taille varie de 4 à 6 μ de long sur 3 à 5 μ de large, mais elle est généralement plus grande dans les milieux solides pour atteindre 8 à 12 μ et jusqu'à 30 μ dans certains cas.

Ces levures se reproduisent par bourgeonnement, d'où leur aspect bigéminé fréquent; mais dans le cas de Dubreuilh, dont le diagnostic de blastomycose fut confirmé

par Gilchrist, les parasites paraissaient se multiplier beaucoup plus par scission que par bourgeonnement.

In vitro, on constate, dans la plupart des cas, des cellules arrondies, bourgeonnantes; des cellules ovalaires qui se placent bout à bout, un mycélium qui peut être fin, homogène, ramifié, plus ou moins segmenté et qui peut contenir plus ou moins de corpuscules nettement réfringeants qui sont probablement des spores.

Se basant sur les caractères morphologiques différents des blastomycètes dans les tissus et les cultures, Ricketts a classé ces micro-organismes en trois groupes :

Le groupe blastomycétoïde, qui donne rapidement une culture lisse, sans hyphes aériennes, des colonies arrondies, opaques, humides, crémeuses, confluentes; la multiplication par bourgeonnement est leur caractère essentiel.

Le groupe pseudo-oïdium, dont les cultures offrent une surface rugueuse, plissée, granuleuse, avec des colonies adhérentes au milieu. Les filaments sont ici beaucoup plus importants que dans le premier groupe, et la prolifération se fait surtout par segmentation du mycélium en chaînes de spores.

De Monbreun a d'ailleurs montré, depuis, que l'on pouvait passer de l'état levuriforme à l'état filamenteux dans certaines conditions; aussi, aujourd'hui, considère-t-on que le parasite de la blastomycose de Gilchrist est un champignon levuriforme susceptible de prendre une forme filamenteuse, dont l'emplacement dans la classification botanique est loin d'être résolu; de là ses multiples appellations : *blastomyces dermitatis, cryptocœcus Gilchristi, mycoderma dermitatis, zymonema Gilchristi, etc.*

Dans les observations personnelles que nous avons publiées, nous avons constaté :

Dans l'observation I, des fragments mycéliens cloisonnés voisinant avec des formations sporulées.

Dans l'observation IV, la présence de nombreuses colonies en grappe du type staphylocoque.

Dans la deuxième observation, des éléments sporulés groupés en plage et rappelant ceux décrits par GILCHRIST dans son observation princeps; les cultures de pus ont montré, à deux reprises différentes, du *Candida albicans*.

Dans notre troisième observation, les cultures de pus et de raclage des lésions ont donné des éléments levuriformes ovalaires et réfringents, sans que l'on puisse affirmer avec certitude si ces levures étaient de simples éléments saprophytes ou des champignons responsables de la dermatose.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Dans l'étiologie de ces deux affections, certains auteurs ont voulu mettre l'accent sur certains facteurs susceptibles de faciliter leur différenciation.

Le facteur géographique est sûrement celui sur lequel on a le plus insisté; mais d'abord décrite en Amérique du Nord, la maladie de GILCHRIST, au fur et à mesure de la diffusion de l'observation princeps, a été successivement reconnue en Amérique du Sud, au Canada, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Italie, en Hollande, en France, en Russie, et cette dissémination géographique montre bien que, tout comme la pyodermite de HALLOPEAU, on peut la trouver partout où on la recherchera avec soin.

Dans les deux cas, l'influence du sexe semble secondaire, bien que les hommes soient plus touchés que les femmes, mais celui de l'âge semble plus digne d'intérêt.

Sur les trente-deux malades de HYDE et MONTGOMERY atteints de blastomycose cutanée, un seul a été atteint avant vingt ans, six entre vingt et trente, sept entre trente et quarante, six entre quarante et cinquante, et onze après la cinquantaine; des travaux ultérieurs ont tous confirmé ces statistiques et, si l'affection est rare avant vingt ans, plus de la moitié des cas se manifestent après ou aux alentours de la quarantaine, chez des malades de la classe ouvrière surtout, donc pendant la période de la plus grande activité.

Si la pyodermite végétante se voit également surtout chez l'adulte, elle est aussi fréquente chez les enfants. PERRIN, en 1900, en publia trois cas chez des nourrissons séborrhéiques; WENDE et DEGROAT, en 1902, publièrent deux

cas greffés sur un eczéma infantile; PEYRI, en 1927, observa chez un nourrisson une pyodermite localisée au cuir chevelu, seule région pileuse de l'enfant.

Les régions pileuses sont, en effet, le siège d'élection des lésions de la maladie de HALLOPEAU : régions inguino-pubienne, génito-crurale, péri-ombilicale, axillaire, cuir chevelu, et beaucoup plus rarement au niveau des régions glabres (cuisses, jambes, doigts, bras, cou). Dans les blastomycoses, au contraire, les lésions siègent, dans plus de la moitié des cas, à la face, surtout au niveau des paupières, au pourtour de l'orbite, puis, par ordre de fréquence, à la main, au poignet, aux cuisses, aux fesses, à la jambe et au scrotum, donc, surtout avec prédilection, au niveau des régions découvertes.

Intéressante également est la notion de l'antécédent traumatique qui, dans certains cas de blastomycose — et notre troisième observation en est un exemple —, a pu précéder l'infection locale sans qu'il soit toutefois possible de juger le degré de relation. MARZINOWSKI et BOGROW, recherchant les levures sur la peau de quarante-huit individus malades ou sains, les ont trouvées trente et une fois; de leurs études, ils concluent que l'on peut trouver des blastomycètes sur la peau d'hommes sains, surtout dans les régions riches en glandes sébacées; pour les auteurs, il s'agirait de levures saprophytes, mais susceptibles, sous l'effet d'un traumatisme local même léger, d'une simple érosion cutanée, de devenir pathogènes.

Toute plaie infectée, toute lésion cutanée même minime peuvent être le point de départ d'une pyodermite végétante généralisée que l'on a vu succéder à des panaris, à des furoncles avec adénite suppurée, à des folliculites, à des hydro-adénites, à un sycosis (HUDELO) ou à un traumatisme bénin (MILIAN).

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

Dans ces deux dermatoses, le traitement local antiseptique est, dans la plupart des cas, insuffisant pour amener, la guérison.

Il consiste surtout, dans les pyodermites végétantes, en lavages soigneux des lésions à l'eau d'alibour diluée, à l'eau oxygénée ou à la solution résorcinée, suivis de l'application de pommades à l'oxyde jaune de Hg à 1/100e ou au peroxyde de zinc; les pommades à la pénicilline ou à la solutricine, récemment commercialisées, peuvent aussi trouver une indication très bienfaisante. Parallèlement au traitement général, le traitement local tient une place non négligeable dans la thérapeutique des blastomycoses : nettoyage des lésions à l'eau d'alibour, au sublimé au 1/100e, grands bains au permanganate de potasse ou au sulfate de cuivre, applications de pommades iodées, etc.

Le traitement général des pyodermites de Hallopeau sera celui des staphylococcies cutanées : régime hypotoxique, stations thermales sulfureuses (Uriage, Luchon, Dax, Barèges) ou arsenicales (La Bourboule), chimiothérapie (sels d'étain, sels de bismuth, sels de cuivre intraveineux, sulfamides iodées), médications leucogènes ou antichocs classiques, autohémothérapie, vaccinothérapie, sérothérapie, anatoxithérapie et, plus récemment, la mycothérapie (pénicilline, aspergilline, auréomycine) ont tour à tour été essayées avec des résultats plus ou moins favorables.

Dans beaucoup de mycoses, l'iodure de potassium a fait ses preuves et, en cas d'intolérence, les injections d'huiles iodées (lipiodol) ont été préconisées.

Les sels de cuivre ont été également employés avec succès. Devant les effets souvent heureux de la cuprothérapie, nous l'avons essayée chez nos malades sans en tirer de résultats probants.

Il y a quelques années, l'emploi de la blastomycosine fut préconisé par Neuber ; les observations américaines récentes reconnaissent qu'elle amène rarement la guérison; néanmoins, M. Watrin, dans son observation de 1946, obtint une remarquable guérison d'un cas de blastomycose cutanée en associant blastomycosine et sulfamides iodées.

Dans une de nos observations, il est fort intéressant de noter le résultat favorable sur l'évolution des lésions obtenu par l'emploi de l'auréomycine. Il est encore trop tôt pour oser affirmer que la découverte de ce nouvel antibiotique oriente la thérapeutique de la blastomycose vers une voie nouvelle, mais les résultats que nous avons obtenus semblent légitimer son emploi dans les cas ultérieurs.

Si, dans les pyodermites, la radiothérapie semble peu active, dans le traitement des blastomycoses, elle est, par contre, plus fréquemment employée; nous avons vu que, dans notre cas, les premières irradiations laissaient augurer d'heureux résultats, mais que les rayons X ne réussirent point, par la suite, à enrayer l'évolution des nouvelles poussées.

Il en serait d'ailleurs souvent ainsi, l'amélioration des lésions n'étant en effet le plus souvent que d'effet momentané et illusoire, et les rayons favorisant en outre la formation de cicatrices épaisses et fortement chéloïdiennes.

Dans les deux dermatoses, la destruction des lésions à l'électro-coagulation ou la neige carbonique n'est pratiquement réalisable que pour la cure des petites lésions initiales, mais pour le traitement des grands placards végétants, une technique rallie presque tous les suffrages : le curettage des lésions jusqu'au derme sain, sous anesthésie générale ou locale.

Ce curettage, en effet, lorsque ces lésions, comme dans

nos observations, sont multiples et étendues, l'exérèse large et précoce des placards, la surveillance rigoureuse et prolongée du malade, permettant l'ablation systématique, à la curette, des papules ou des éléments suspects néoformés, semblent être celles des thérapeutique douées, pour ces deux affections cutanées, de la plus probante efficacité.

CONCLUSIONS

I. — La pyodermite végétante de Hallopeau et la blastomycose cutanée de Gilchrist sont donc deux affections cutanées d'origine externe qui ne sont pas sans présenter de nombreux points communs :

— elles sont toutes deux caractérisées par la coexistence de placards végétants multiples, de dimensions variables, et de pustules folliculaires qui se propagent de proche en proche, par auto-inoculation;

— par des lésions initiales acnéiformes à type de folliculites;

— par une évolution essentiellement chronique.

II. — Si l'évolution de la pyodermite de Hallopeau semble plus rapide que celle de la blastomycose, si ses lésions prédominent surtout au niveau des régions pileuses et si c'est surtout dans le Sud de la France et sur la côté méditerranéenne que cette dermatose se rencontre avec le plus de fréquence, il n'en est pas moins vrai que la différenciation clinique des deux dermatoses est, dans la quasi majorité des cas, impossible.

III. — Ce sont surtout les données histologiques et bactériologiques qui permettent d'éclairer le diagnostic.

Les lésions de folliculite, les micro-abcès sont, dans la pyodermite de Hallopeau, uniquement épidermiques, et la barrière du derme est inviolée, au contraire des blastomycoses, où l'on trouve, en outre, une structure tuberculoïde avec cellules géantes et épithéloïdes.

L'examen bactériologique, dans beaucoup de cas, porte

la clef du diagnostic en mettant en évidence dans les frottis de pus et les cultures, des colonies de staphylocoques dans les pyodermites, des éléments levuriformes ou des filaments mycéliens dans les blastomycoses.

IV. — Mais le diagnostic peut être rendu plus délicat du fait que peuvent coexister, dans certaines blastomycoses secondairement infectées, des colonies de staphylocoques; de même, dans les blastomycoses, la présence de blastomycètes peut être très rare malgré l'ampleur des lésions, et décelable seulement — comme dans une de nos observations — après de laborieuses recherches.

Aussi, peut-on se demander si, dans nos régions, certaines dermatoses cataloguées pyodermites végétantes, et chez lesquelles le laboratoire a été incapable d'isoler des micro-organismes pathogènes, ne sont pas en réalité des blastomycoses cutanées.

V. — On est donc souvent conduit, devant l'incertitude du diagnostic, à entreprendre un traitement d'épreuve, soit par les antibiotiques dans les pyodermites, soit par les médications antimycosiques, mais ici aussi quelques remarques ne sont pas sans intérêt.

Que le traitement ioduré spécifique des mycoses en général n'ait pas fait ses preuves dans deux de nos observations, le cas n'est pas pour nous surprendre — Gougerot et plusieurs auteurs l'avaient antérieurement signalé —, mais il est intéressant de noter que, dans une de nos observations, l'IK pris à des doses relativement faibles détermina chaque fois une poussée congestive des lésions.

Nous ne pouvons ne point signaler également le résultat favorable que nous avons obtenu dans une de nos observations de blastomycose avec l'auréomycine qui mériterait d'être essayée dans d'autres cas, à l'avenir.

Enfin, bien qu'Evans ait prétendu que, dans ces lésions végétantes, le fait d'enlever le tissu morbide en le curettant

soit discuté, dans tous nos cas publiés, ce traitement a fait ses preuves; l'intervention précoce du curettage semble abréger de façon considérable la durée du traitement de ces deux dermatoses; aussi, dans la thérapeutique, semble-t-elle devoir toujours être associée aux médications spécifiques, à plus forte raison dans les cas où celles-ci ne font point leurs preuves.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères poúr des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
G. PORTMANN.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
C. JOULIA.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 29 Janvier 1951.
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

BEURMANN (DE) & GOUGEROT. — Les mycoses. *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique,* Paris, 1910.

BROCQ. — Maladie de Hallopeau. *Pratique Dermat.,* 1908, t. 2, p. 864.

BERAN. — Treatment of actinomycosis and blastomycosis. *Journ. Amer. Med. Assoc.,* 11 novembre 1905, p. 1492.

BOEHM. — Uber Haütblastomycose der Gesichtes. *Derm. Wochensch.,* 1930, n° 2, p. 92.

BOEHM. — Blastomycetic Dermitatis. *Bristich Journ. of Dermatology,* juillet 1899.

BÜSCHKE & JOSEPH. — Die Blastomycose. Neue Deutsche Klinik Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1928.

CARINI. — Sur la dermatite verruqueuse. *Bull. Soc. path. exot.,* 1924, t. 25, p. 227.

DANLOS & HUDELO. — Pemphigus végétant. *Pratique dermatologique,* 1908, t. 2, p. 864.

DUBREUILH (W.). — De la blastomycose cutanée. *Annales Derm. et de Syph.,* 1904.

DUBREUILH (W.). — Blastomycoses cutanées. *Encyclopédie médico-chirurgicale de Dermatologie,* t. 1, p. 12026.

GARCIA & PEYRI. — Un cas de pyodermite végétante de Hallopeau. *Bulletin Soc. franç. Dermat.,* novembre 1929, p. 45.

GASTOU. — *Bull. Soc. franç. Dermat.,* février 1903.

GATÉ, CHANTAL & BALLIVER. — Pyodermite végétante de Hallopeau récidivante. *Bull. Soc. franç. Dermat.,* Lyon, 19 novembre 1936.

GILCHRIST & RIXFORD. — Two cases of protozoi infection of skin and other organs. John. Hopkins Hosp. Rep., 1896.

GILCHRIST & STOCKES. — The presence of an oidium in the tissues of a case of pseudo lupus vulgaris. John. Hopkins. *Journ. of exper. med.,* 1898.

Gougerot. — La question des blastomycoses cutanées. *Paris Médical*, 1911, n° 20.

Gougerot. — Pyodermites végétantes. La dermatologie en clientèle. Maloine, édit., 3e édit., pp. 327-355.

Gougerot. — Infections chroniques de la peau, dues à des germes pyogènes. *Maroc Médical*, 12 août 1934.

Hallopeau. — Dermatite pustuleuse chronique à foyers à progression excentrique. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889, t. 7.

Huffschmidt. — Un cas de blastomycose cutanée à foyers multiples. *Annales de Derm. et de Syph.*, 1931, p. 850.

Langeron. — Précis de Mycologie, Masson, édit.

Le Coulant. — Dermatose par staphylocoques. Pyodermite végétante. *Encyclopédie médico-chirurgicale de Dermatologie*, 12.033, P. 2, p. 3.

Löederich & Rubens-Duval. — *Revue de Médecine*, octobre 1909.

Lotte. — Pyodermite végétante de Hallopeau. Thèse, Paris, 1928.

Margarot. — Journées dermatologiques de Montpellier (24 et 25 mai 1947) consacrées aux pyodermites végétantes. *Bull. Soc. franç. Dermat.*, octobre-novembre 1947, n°s 9-10, p. 236.

Marzinowski & Bogrow. — Die Blastomyceten und ihre Beziehung zü Haüt. *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1907, t. 85, p. 215.

Milian. — Pyodermite végétante. *Bull. Soc. franç. Dermat.*, 1926, p. 727.

Montgomery & Walker. — *Journ. of Med. Amer. Assoc.*, 5 avril 1902, p. 869.

Montgomery & Hyde. — Cutaneous Blastomycosis. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1902.

Montgomery & Hyde. — Blastomycoses. *Nouvelle pratique dermatologique*, t. 2, pp. 521-568.

Montgomery & Hyde. — Pyodermites végétantes. *Nouvelle pratique dermatologique*, t. 2, p. 637.

Pautrier (L.-M.) & Glassen (R.). — Blastomycose végétante. *Bull. Soc. franç. Dermat. et Syph.*, 1934, t. 2, p. 1452.

Peyri (Jacques). — Contribution à la connaissance des pyodermites végétantes. *Bruxelles Médical*, 1926, p. 216.

Pick & Loeri. — Pseudo-maladie de Gilchrist. *Arch. f. Derm. Syph.*, avril 1934, t. 170, p. 80.

Schultze (W.). — Pyodermites végétantes. *Derm. Wochensch.*, 1939, t. 108, n° 34, p. 82.

Sequeira. — A case of blastomycosis. *Bristich Med. Journ. of Dermat.*, 1903, p. 121.

Watrin (J.). — Pyodermite végétante. *Bull. Soc. franç. Dermat.*, 15 décembre 1934.

Watrin & Surdey. — Un cas de blastomycose cutanée. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1946, n° 7, p. 180.

Weille. — Pyodermite végétante à staphylocoque doré. *Bull. Soc. franç. Dermat.*, 1939, t. 46, n° 8, p. 1426.

Zerhelle & Ruiter (M.). - Contribution clinique et expérimentale à la pyodermite chronique. *Arch. f. Dermat. Syph.*, août 1932, t. 166, n° 1, p. 175.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire, 3.